N° 9

DES

RÉTRÉCISSEMENTS

DE LA

PORTION PÉNIENNE DE L'URÈTHRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 21 FÉVRIER 1885

PAR

A. CHANGARNIER

Né à Beaune (Côte-d'Or)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

RUES DURAND ET LEVAT

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✵ ✠..... DOYEN
COMBAL ✵ ✪..... } ASSESSEURS
GRASSET..... }

PROFESSEURS

Pathologie externe	BOYER ✵.
Accouchements	DUMAS ✵.
Clinique médicale	DUPRÉ ✵ C. ✠.
Anatomie	BENOIT ✵ ✠.
Clinique médicale	COMBAL ✵ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✵.
Physique médicale	MOITESSIER ✵.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✵.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✵ ✠.
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	N...
Opérations et appareils	N...

MARTINS (O. ✵), FONSSAGRIVES (O. ✵), COURTY ✵, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATTLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✵.
SERRE.	TÉDENAT.
N...	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE
BIMAR.	GRANEL.
GRYNFELDT.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUBRUEIL, *Président ;*
JAUMES, *Professeur ;*
JACQUEMET, BLAISE } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A. CHANGARNIER.

A LA MÉMOIRE

DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE

DE MES ONCLES

CHANGARNIER, LIMONOST ET MOISSENET

A TOUS MES PARENTS

A. CHANGARNIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Dubrueil

A MON MAITRE ET AMI

M. le Professeur-Agrégé Tédenat

A M. LE DOCTEUR BLAISE

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A M. LE DOCTEUR GERBAUD

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'HOPITAL SAINT-ÉLOI

A. CHANGARNIER.

AU DOCTEUR BERGER

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

A MON AMI

ÉDOUARD DARVIOT

A MES AMIS

PICARD, LAVIOLETTE & PAUTY

A TOUS MES AMIS

A. CHANGARNIER.

INTRODUCTION

Les auteurs n'ont pas étudié d'une façon suffisamment complète, surtout au point de vue du traitement, les rétrécissements de la portion pénienne de l'urèthre.

Les données vagues qu'ils fournissent sur les diverses méthodes opératoires s'appliquent surtout aux rétrécissements qui siègent à l'avant du collet du bulbe, et la plupart des classiques négligent de montrer les avantages et les inconvénients des divers modes de traitement. Ils oublient surtout d'insister sur l'influence du siège du rétrécissement, sur le traitement qu'il faut lui appliquer.

Nous nous proposons de montrer que les coarctations de la portion pendante du canal refusent souvent de se laisser dilater, ont une grande tendance, quand la dilation a été portée à un certain degré, habituellement peu considérable, à résister à l'action des instruments et surtout à se reproduire rapidement.

Nous verrons que le passage des sondes détermine fréquemment divers accidents, tels que : spasme douloureux de la région vésico-prostatique, dysurie ou rétention d'urine et des accès de fièvre uréthrale.

En pareil cas, on ne gagne rien à insister sur la dilatation

lente, qu'on la fasse continue ou progressive, et le mieux, pour guérir rapidement les rétrécissements, est de recourir à l'uréthrotomie, plus rarement à la divulsion méthodique ou over-distension, pour employer l'expression de Thompson.

Que M. le professeur agrégé Tédenat, veuille bien recevoir ici nos plus sincères remerciements, pour la bienveillance qu'il a mise à nous aider de ses savants conseils pendant toute la durée de ce modeste travail, et la faveur toute spéciale qu'il nous a faite, durant le cours de nos études, de voir les cas intéressants de sa clientèle.

DES

RÉTRÉCISSEMENTS

DE LA

PORTION PÉNIENNE DE L'URÈTHRE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les auteurs français, et nous parlons de tous les classiques, n'étudient pas les particularités que peuvent présenter, au point de vue thérapeutique, les rétrécissements de la portion pénienne de l'urèthre. Il n'en est pas de même des chirurgiens anglais et américains, qui ont observé les difficultés qu'on éprouve à en faire la dilatation permanente ou graduelle progressive.

Nous lisons dans Van Buren et Kayes (1) :

« Le rétrécissement qui siège au méat ou non loin du méat s'aggrave lorsqu'on veut dépasser un certain degré

(1) Kayes et Van Buren, Genito urinary diseases with syphilis, New-York, 1882, p. 155.

même peu considérable de dilatation; irrité, enflammé, il refuse de se laisser dilater.

» Tous les rétrécissements de la partie pendante de l'urèthre se dilatent avec beaucoup de difficulté et toujours à un degré très faible. On est obligé d'en faire la section, de beaucoup préférable à la divulsion ou à la dilatation rapide.

» Tous les rétrécissements qui sont non loin du méat seront coupés. »

Dans Bryant (1), « Tous les rétrécissements ne peuvent pas être traités par la dilatation, car il en est qui sont tellement sensibles au passage de la sonde, quelles que soient la prudence et l'habileté avec laquelle on l'emploie, que chaque cathétérisme s'accompagne de douleurs, d'une irritation plus ou moins violente et de troubles généraux dangereux. Dans ces cas-là, le cathétérisme peut entraîner des conséquences générales graves et aggraver même l'état du rétrécissement.

» Il faut donc rechercher un autre mode opératoire, soit l'uréthrotomie interne, soit la section périnéale ou uréthrotomie externe. »

« Dans Erichsen (2), « Quelques rétrécissements refusent de se laisser dilater. On dirait que le tissu dont ils sont formés est tellement contractile, que lorsqu'on est arrivé au n° 5 ou 6 (3), il est impossible d'aller plus loin. Puis, si on reste quelques jours sans passer la sonde, le rétrécissement se reproduit rapidement, comme avant, avec toutes ses mauvaises conséquences. »

Erichsen insiste aussi sur les difficultés ou impossibili-

(1) The Pratice of surgery, 1879, vol. II.

(2) Science and art of surgery, 1872, vol. II, 6e édit.

(3) Ce qui correspond au 15 de Charrière.

tés qu'il y a à dilater les rétrécissements voisins du méat.

Dans Thompson, « L'usage des bougies n'amène que des progrès peu rapides, produit de grandes douleurs, des accès de fièvre et de rétention d'urine. La dilatation donnera un résultat peu satisfaisant, et s'il survient une amélioration, elle sera passagère. Dans de pareilles circonstances, il est nécessaire d'en venir à un traitement plus efficace que la dilatation. »

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne nous étendrons pas longuement sur les lésions qui constituent les rétrécissements organiques de l'urèthre. Elles sont bien connues depuis les travaux de Guérin, de Voillemier, Thompson, et nous n'aurions pas de documents nouveaux à fournir.

Nous nous contenterons de rappeler que les coarctations uréthrales sont ou *inflammatoires* ou *cicatricielles*.

Les rétrécissements d'origine inflammatoire sont habituellement liés à la blennorrhagie, et, au dire du professeur Guyon, on n'a pas droit à un rétrécissement si on n'a pas eu une ou plusieurs chaudepisses. Ici, en admettant la doctrine de Guyon, qui est depuis longtemps celle de la plupart des auteurs, une question mérite d'être débattue. Cette question se pose de la façon suivante : Est-ce l'acuité de l'inflammation, est-ce sa persistance, est-ce au contraire le traitement employé ou, pour mieux dire, faut-il accuser les injections d'être une cause fréquente, efficace et puissante des rétrécissements ?

Beaucoup d'auteurs ont porté cette accusation contre les injections. Gosselin, en particulier, dit : « Ayant des motifs que je crois bons pour faire, dans la pathogénie des

rétrécissements uréthraux, une part légitime aux injections astringentes, je fais cette part encore plus grande lorsque les injections ont été caustiques, et par conséquent plus compromettantes pour le canal.

» Pour moi, les injections irritantes, en augmentant la phlegmasie et amenant l'excoriation de la muqueuse, augmentent nécessairement les chances d'un rétrécissement dans l'avenir, par la substitution d'une uréthrite sèche et rétractile à l'uréthrite purulente. »

Il serait facile de citer un grand nombre d'auteurs partageant l'opinion de l'éminent chirurgien français ; mais nous devons accorder une plus grande valeur à des faits précis et suffisamment nombreux, du reste, pour amener une conclusion toute différente de celle-là.

Nous trouvons dans Bryant (1) la statistique suivante :

« Sur 646 cas de rétrécissements, 273 avaient été précédés de blennorrhagie et 78 fois seulement des injections avaient été employées ; 43 cas étaient dus à des traumatismes ; dans 330, il n'y avait pas de causes nettes et définies. »

Avec ces faits, dit le professeur de Guy's Hospital, nous avons bien le droit de conclure que, bien que la blennorrhagie précède souvent les rétrécissements, la moitié de ceux-ci s'observent chez des individus qui ne l'ont pas eue, et, lorsqu'il y a eu blennorrhagie, on ne peut pas accuser les injections d'avoir eu une influence productrice positive.

Harrisson, chirurgien à Northern-Hospital, de Liverpool, s'exprime de la façon suivante :

« La goutte militaire finit ordinairement par amener un rétrécissement. On entend beaucoup de malades accuser les injections, mais assurément cette allégation est

(1) Bryant, vol. II, p. 130.

fausse lorsque, bien entendu, les injections ont été faites judicieusement et prudemment. » D'ailleurs, des expériences imitées de celles de Reybard, dans le but de produire des rétrécissements chez les chiens, montrent que, pour obtenir des coarctations, il est nécessaire d'employer le crayon de nitrate d'argent pur à plusieurs reprises, car on n'y réussit que rarement, lorsqu'on se contente de faire des injections au dixième et même au cinquième.

En 1875, des expériences semblables ont été faites en commun par M. Letievant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Lyon, et M. Tédenat, alors son interne. Une injection au dixième, poussée dans l'urèthre d'un chien et laissée pendant cinq minutes dans le canal, s'accompagnait de douleurs vives et de quelques rares gouttes de sang ; au bout de douze à quinze heures, toute irritation apparente avait cessé. L'injection étant répétée quatre ou cinq fois à trois jours d'intervalle, et l'animal étant sacrifié de trente à cinquante jours après, on ne trouvait aucune apparence de rétrécissement. D'ailleurs, le professeur Guyon, qui, depuis une quinzaine d'années, pratique, soit dans la région prostatique, soit dans le cul-de-sac du bulbe, des instillations de nitrate d'argent à 1 sur 50 et même 1 sur 30, n'a pas observé que ce mode thérapeutique, si efficace au point de vue de la guérison des inflammations chroniques, fût suivi de coarctations. Il suffit d'ailleurs de voir combien la réaction est rapide et peu intense. La solution à 1 sur 40, lorsqu'elle est instillée dans le cul-de-sac du bulbe à la dose de dix à quinze gouttes, amène une sensation de cuisson, de brûlure, qui se calme au bout de quelques minutes ; un écoulement abondant blanchâtre se produit pendant quatre ou cinq heures, et, en général, toute douleur pendant la miction disparaît avec cet écoulement. Il

est d'ailleurs bien rare qu'il s'écoule une ou deux gouttes de sang (1).

Telle est du moins l'affirmation de Guyon et de ses élèves Jamin et Guiard, et c'est aussi ce que nous avons pu constater sur une centaine de malades auxquels M. Tédenat a appliqué ce mode de traitement : solution à 1 sur 80, à 1 sur 30, pour des uréthrites chroniques antérieures ou postérieures.

Nous pensons que, d'une manière générale, l'irritation thérapeutique produite par des injections faites avec une

(1) Dans les cystites aiguës du col, surtout quand elle est abondamment hémorrhagique, le nitrate d'argent exerce une action à la fois puissamment *sédative* et *hémostatique*. Guyon, Jullien, ont publié, dans les *Annales des organes génito-urinaires*, 1883, des observations très démonstratives, et au mois de mai 1883, nous avons été témoin, chez un malade de M. Tédenat, du fait suivant :

Homme âgé de vingt-sept ans. Blennorrhagie contractée dans les premiers jours de janvier. Le 27 mars, cystite suraiguë du col, avec miction toutes les demi-heures, avec plusieurs gouttes de sang à la fin de la miction, très douloureuse. Cet état persiste, malgré l'emploi de bains de siège chauds, lavements laudanisés, pilules de térébenthine cuite, et le 3 mai, le malade s'adresse à M. Tédenat. Il ne sortait jamais sans avoir dans sa poche une bouteille à goulot très large pour y uriner, derrière un arbre ou dans l'embrasure d'une porte, quelques gouttes d'urine abondamment mélangée de sang. Instillation de quinze gouttes d'une solution à 1 sur 50. Sensation de fraîcheur qui, au bout de quatre ou cinq minutes, fait place à une sensation de brûlure très légère. Cette instillation fut faite à trois heures de l'après-midi, et la nuit suivante, le malade n'urina que quatre ou cinq fois au lieu de vingt-cinq ou trente. Le lendemain matin, diminution très marquée des mictions, qui n'étaient presque plus sanguinolentes. Le jour même, instillation qui supprime complètement le sang et diminue de beaucoup le nombre et la douleur des mictions. Deux jours après, cinq instillations ayant été faites, la guérison était complète ; elle a été définitive.

quantité de liquide et une qualité de ce liquide convenablement choisie est trop superficielle et trop éphémère, pour qu'il puisse en résulter des lésions susceptibles de dégénérer en rétrécissements. D'ailleurs, les solutions précédemment indiquées limitent leur action à l'épithélium, ne détruisent jamais les couches superficielles du derme et, par suite, ne peuvent donner lieu à une cicatrice rétractile.

Nous croyons donc, avec la plupart des auteurs (Thompson, Harrisson, Diday, Rollet, Otis, Langlebert, Kayes et Van Buren, etc.), que dans l'immense majorité des cas, la blennorrhagie agit surtout à la longue et que c'est par sa chronicité et sa longue durée qu'elle amène, dans le tissu sous-muqueux et dans la trame de la muqueuse, cette infiltration inflammatoire qui s'organise peu à peu en tissu fibroïde de rétrécissement. Il y a pourtant quelques remarques à faire. On voit certains malades affectés d'écoulements assez abondants pendant plusieurs années et qui conservent un urèthre assez large et assez souple pour qu'ils n'éprouvent aucune gène dans la miction ou l'éjaculation, tandis que d'autres, ayant eu un écoulement de quelques semaines ou de quelques mois de durée, sont atteints, une ou plusieurs années après, de rétrécissement.

Ici, lorsqu'on descend dans le détail des faits, on constate généralement que les premiers ont eu une blennorrhagie peu douloureuse, s'accompagnant d'une turgescence modérée ou même nulle des parois uréthrales ; il semble que l'inflammation est restée superficielle, qu'elle a évolué à *fleur d'épithélium* et qu'elle n'a pu ainsi produire dans le tissu sous-muqueux la néo-formation plastique qui semble nécessaire pour constituer un rétrécissement. Ces malades sont habituellement des sujets lymphatiques, scro-

fuleux, chez lesquels la médication locale ne modifie que très peu l'état des parties affectées.

Les sujets de la deuxième catégorie ont habituellement eu des blennorrhagies à allures inflammatoires, avec turgescence des parois de l'urèthre; l'inflammation a pénétré plus profondément et a amené des exsudats sous-muqueux.

Pourtant, il ne faudrait pas croire que, toutes les fois que ces exsudats ont été produits, un rétrécissement doive en être la fatale conséquence.

Si, en effet, l'inflammation a une courte durée, la néoformation embryonnaire se résorbe, et les tissus reviennent plus ou moins rapidement à leur état normal. Si, au contraire, l'inflammation persiste, l'exsudat s'organise plus ou moins complètement, et un rétrécissement se produit.

Il faut savoir, du reste, que beaucoup de blennorrhagies ont une *période apparente*, c'est-à-dire d'écoulement, dont la forme la plus atténuée est la goutte militaire, revenant tous les matins ou seulement de temps en temps, et une *période latente* dans laquelle, ni spontanément ni par des pressions faites aussi méthodiquement que possible sur le périnée et le canal, on ne peut plus amener au méat la plus petite goutte, la moindre humidité.

Alors, si l'on introduit jusqu'au cul-de-sac du bulbe une bougie à boule, on ramène un mucus visqueux, concret, qui adhère fortement au canal et ne peut, par conséquent, arriver spontanément ou être ramené par des pressions méthodiques au méat.

Cette blennorrhagie latente, très commune au cul-de-sac du bulbe et qui n'est pas rare aussi dans la région prostatique, explique beaucoup de rétrécissements qu'on aurait pu attribuer à une blennorrhagie aiguë de courte

durée. Elle explique aussi ces cystites qui surviennent une ou plusieurs années après la cessation de tout écoulement.

Les rétrécissements cicatriciels sont infiniment plus nombreux, au moins dans leur forme franche et grave, dans la région bulbo-membraneuse que dans la portion pénienne de l'urèthre.

En effet, dans une chute sur le périnée, c'est au voisinage de la région membraneuse que se fait la déchirure du canal. Mais nous croyons que la déchirure plus ou moins complète, plus ou moins étendue de la muqueuse, n'est pas rare dans la portion pendante de l'urèthre. Il suffit, pour donner une base à notre opinion, de rappeler la fréquence des hématuries pendant la période aiguë de blennorrhagie soit à la suite d'érections violentes, de coït, de masturbation ou encore de rupture de la *corde*.

Dans ces conditions, il y a une dilacération, une rupture, qui donnera lieu à une cicatrice, laquelle pourra rétrécir plus ou moins fortement le canal, selon son étendue, selon aussi sa direction plus ou moins transversale. Des cicatrices analogues pourront être dues à des cautérisations violentes, à de fausses routes ou encore à la cicatrisation d'un chanc e intra-uréthral. Pourtant, les cicatrices consécutives à des cautérisations ou à des chancres sont, à notre avis, infiniment moins communes que celles qui sont la conséquence de ruptures par redressement du canal recourbé du fait de l'inflammation, et par celle-ci rendu plus fragile.

CHAPITRE III

Nous allons rappeler un certain nombre d'observations inédites ou recueillies dans les auteurs, dans lesquelles on voit des rétrécissements de la portion pénienne traités sans succès par la dilation progressive, et puis rapidement guéris par l'uréthrotomie interne.

Nous n'entrerons pas dans le détail du manuel opératoire soit de la divulsion, soit de l'uréthrotomie interne ou externe, n'ayant pas d'autre but dans ce travail que de montrer l'inutilité et même les inconvénients de la dilatation progressivé en pareil cas. Cela résulte des observations que nous citons. Pourtant, nous n'allons pas jusqu'à conclure que toute diminution de calibre de la portion pénienne de l'urèthre doit fatalement résister à l'action dilatatoire des sondes. Ici, il y a une distinction importante à faire entre les rétrécissements complètement constitués et les exsudats sous-muqueux obstruant plus ou moins la lumière du canal et encore susceptibles d'être résorbés. On voit en effet des malades qui, après quelques mois d'inflammation plus ou moins intense de l urèthre, présentent une ou plusieurs nodosités faisant saillie sous la muqueuse et rétrécissant le canal. En pareil cas, on observe que celui-ci devient libre au fur et à mesure que l'inflammation disparaît, sans qu'il soit possible d'invoquer l'action

dilatante des sondes, qui ont été employées tout au plus une ou deux fois, pour assurer le diagnostic ou pour pratiquer des instillations.

Parfois ces exsudats sous-muqueux, par suite de la persistance de l'inflammation, augmentent considérablement de volume et d'épaisseur, s'organisent peu à peu en tissu fibroïde et forment alors ce que Dittel de Vienne a appelé *rétrécissements calleux*. On pourrait croire qu'en pareil cas, l'usage de la sonde pourra amener la résorption, le tassement de la néoplasie inflammatoire chronique ; mais il ne faut guère compter sur pareil résultat, ainsi que le démontrent plusieurs faits signalés par Lallemand, Kayes et Van Buren, et une observation que nous citons plus loin.

Que faire donc en présence d'un rétrécissement de la portion pénienne ?

1° S'il siège au méat urinaire, qu'il soit congénital ou cicatriciel, on ne devra jamais compter sur la dilatation (Civiale, Bryant, Kayes et Van Buren , Erichsen) ;

2° Si le rétrécissement siège dans les deux tiers antérieurs de la portion pénienne et qu'il fasse saillie dans l'urèthre, on pourra tenter la dilatation, si le rétrécissement ne remonte qu'à quelques mois, comptés depuis la première blennorrhagie ; s'il remonte à une ou plusieurs années, la dilatation sera presque fatalement inefficace.

Quoi qu'il en soit, si l'introduction des bougies s'accompagne de spasmes violents, de dysurie, de frissons, de sensibilité vive, il faudra renoncer à la dilatation, après avoir pourtant essayé de calmer et de prévenir ces accidents au moyen d'une cautérisation faite par les instillations de nitrate d'argent au cinquième.

Lallemand, Caudmont, Voillemier, etc., ont démontré pour ces cas l'utilité des cautérisations légères. Quand le ré-

trécissement ne fait pas saillie, n'est pas calleux mais plutôt atrophique, pour employer encore une expression de Dittel, la dilatation progressive ou continue ne réussit jamais. On aurait donc tort, sous prétexte d'atteindre un but impossible, d'exposer le malade à tous les accidents que le cathétérisme offre en pareil cas. C'est surtout dans ces formes de rétrécissement qu'on voit survenir de la dysurie, des frissons, symptômes précurseurs et indicateurs d'accidents graves, de fièvre uréthrale.

Dans tous les cas, et ceci s'applique aussi bien aux rétrécissements de la région bulbeuse qu'à ceux de la portion pénienne proprement dite, lorsque la dilatation marche très lentement, lorsque le rétrécissement se montre rétractile, il faut avoir recours à d'autres moyens qu'à l'emploi de la dilatation continue et progressive.

Quelle est donc la meilleure méthode à employer? Kayes s'exprime catégoriquement et conseille l'uréthrotomie interne pour ceux de la portion pénienne, la divulsion pour ceux de la portion périnéale de l'urèthre. Voillemier et Duplay se montrent, dans les divers cas, favorables à la dilatation rapide, qui est acceptée dans beaucoup de cas par Holt, Bryant et Harrisson.

Oran de Lyon pratique depuis plusieurs années l'overdistension dans les rétrécissements peu anciens, surtout quand ils siègent à une certaine profondeur. Larrivé, *Thèse de Lyon*, 1881, cite un certain nombre de résultats heureux obtenus grâce à cette méthode par le chirurgien de l'Antiquaille. Nous croyons que l'uréthrotomie interne doit être préférée à la dilatation rapide dans les cas de rétrécissements péniens proprement dits. En effet, si lorsque le rétrécissement est complètement sous-muqueux, la muqueuse étant intacte et ayant conservé sa souplesse, il est possible de produire par la distension méthodique

une rupture de tissu de rétrécissement sans provoquer de solution de continuité de la muqueuse ; on ne doit pas conserver le même espoir quand la muqueuse est atteinte. Or, cela arrive assez fréquemment dans les cas de rétrécissements péniens. Aussi, malgré les résultats généralement bons qu'à donnés la dilatation rapide entre les mains de Holt, Corradi, Thompson, Duplay, Horteloup, Oran,nous croyons qu'une uréthrotomie interne bien faite donnera, au point de vue de la guérison, des résultats meilleurs encore sans que la vie du malade soit mise en plus grand danger.

Pour ce qui est du choix de l'uréthrotome, nous dirons que chaque chirurgien en a un de prédilection. Guyon se sert surtout de celui de Maisonneuve (lame sur la concavité) ; ainsi fait Reliquet. Harrisson vante beaucoup l'instrument de Trélat, qui est surtout applicable aux rétrécissements peu longs. Thompson donne la préférence à celui de Civiale légèrement modifié. Un chirurgien prudent saura, après un diagnostic exact du siège et de la forme de la coarctation, choisir entre ces divers instruments, qui offrent, selon le cas, des avantages et des inconvénients.

Nous ne détaillerons pas le traitement préparatoire, mais nous insisterons sur la nécessité de son emploi.

Enfin, il y a une question importante : c'est celle de savoir si, une fois la section faite, il faut mettre à demeure une sonde percée aux deux bouts ou s'en abstenir. Maisonneuve, Reliquet, Guyon, Thompson, mettent la sonde à demeure, et insistent sur les dangers qu'il y a à en employer une trop volumineuse ; en général, le numéro 16 ou 17 suffit.

Depuis quelques années, Teevan en Angleterre, Otis et Goult en Amérique, se dispensent de la mettre et s'en trouvent très bien. Dans trois cas, nous avons vu des

malades opérés par M. Tédenat arracher la sonde quelques heures après, et aucun accident n'est survenu. Nous croyons qu'en pareil cas, il y a inconvénient à introduire la sonde, les manœuvres d'introduction pouvant amener de fausses routes dans la plaie, des lacérations, des hémorrhagies et provoquer ainsi des accidents de fièvre uréthrale.

OBSERVATIONS

Observation Première

Empruntée à la thèse du Dr Médard

Atrésie du méat. — Rétrécissement profond. — Dyspepsie et douleurs rhumatoïdes. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

Louis Deb..., propriétaire, demeurant à Lunas, âgé de cinquante-huit ans, est adressé au Dr Tédenat par le Dr Boulouys (du Bousquet d'Orb), 10 février 1882. Pas d'antécédents pathologiques chez les ascendants. Tempérament sanguin, constitution forte, jamais de maladie, sauf une blennorrhagie contractée à l'âge de dix-huit ans et guérie (?) au bout de deux mois, sans injection d'aucune sorte.

Depuis sept ou huit ans, cet homme éprouve constamment dans les lombes des douleurs ; il a fréquemment de la dyspepsie ; souvent il ressent des douleurs dans les genoux, à la plante des pieds, sous les talons surtout. Il perd peu à peu ses forces, et la moindre marche le fatigue. Tous ces accidents se sont peu à peu aggravés ; depuis deux ans, il s'est aperçu que la miction devenait de plus en plus fréquente et qu'au méat existait un écoulement muco-purulent habituel. Il est devenu frileux et a souvent le soir de petits frissons. Cet homme est un valétudinaire ; pas d'appétit, digestions lentes, diarrhée habituelle, douleurs rhumatoïdes dans les grandes articulations, dans les masses musculaires des membres inférieurs. Amaigrissement, teint jaune terreux.

L'urine est acide, de quantité moyenne, avec un abondant dépôt de muco-pus, sans albuminurie vraie. Le méat présente une atrésie

congénitale très marquée, formée par l'hypertrophie de la valvule commissurale inférieure. Il admet à peine le n° 8 de la filière de Charrière. Cette petite sonde est arrêtée par la valvule de Guérin, énormément développée ; on ne peut l'introduire qu'en la glissant sur la partie latérale droite de la paroi inférieure. On sent des rugosités tout le long de la portion spongieuse. Vers le collet du bulbe existe un rétrécissement qui correspond au n° 7 de Charrière. L'orifice du rétrécissement paraît porté vers la paroi supérieure, et ce n'est qu'après de longs tâtonnements que la bougie passe.

Après quatre jours de repos (bains tièdes, diète lactée, eau de Vichy, tisane de chiendent), le traitement est commencé.

La bougie n° 7, introduite avec beaucoup de difficulté, mais sans hémorrhagie ni douleurs, est laissée à demeure (15 février à dix heures du matin). Potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

16 février. La bougie a été bien supportée. Le malade a eu quelques érections faibles. Même traitement. Pas de fièvre.

17. Nuit bonne. Le soir, la bougie est enlevée, à cause d'un léger frisson survenu dans l'après-midi ; d'ailleurs elle agace le malade. Potion avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine et 1 gramme de chloral.

18. Le malade va bien. Le n° 9 de Charrière passe sans difficulté dans le rétrécissement postérieur, mais la valvule de Guérin est très difficile à éviter. La bougie est laissée cinq minutes dans le canal. Dans la journée, mictions très fréquentes, douloureuses, avec un peu de sang à la fin. Le soir à quatre heures, léger frisson. T. du soir, 39°2.

19. Nuit assez bonne, malgré cinq mictions. Douleurs lombaires assez vives. T. du matin, 38°6. Les signes d'irritation du col persistent. Dix mictions dans la journée. Tisane d'uva-ursi et lupulin. 2 gram. de benzoate de soude ; lavement laxatif. T. du soir, 39°4. Soif très vive, pas de frissons.

20. Même état qu'hier. T. du soir, 39°2.

21. La bougie n° 8 passe avec difficulté. Nous sommes en présence d'un rétrécissement irritable, intolérant. La fièvre, les signes de cystite du col persistant, M. Tédenat propose l'uréthrotomie interne. T. du matin, 38°4 ; T. du soir, 39°.

22. A trois heures de l'après-midi, uréthrotomie interne sans anesthésie. La bougie conductrice passe facilement dans le rétrécissement ;

le conducteur métallique passe à frottement dur. L'incision avec la grande lame se fait sans difficulté. Une sonde n° 17 percée aux deux extrémités est introduite aisément et laissée à demeure. Il coule à peine quelques gouttes de sang. T. avant l'opération, 39°. A neuf heures du soir, bien qu'il eût été averti, le malade enlève la sonde. Deux mictions brûlantes pendant la nuit.

23. Nuit agitée. Ce matin, céphalalgie, soif un peu augmentée. T. 38°1. 2 grammes de benzoate de soude ; 0,50 de sulfate de quinine; tisane de lupulin et uva-ursi ; lait. Le soir à quatre heures, violent frisson qui dure demi-heure. Chaleur ardente; sueurs profuses. T. 40°5 ; P. 120. Thé au rhum. Cruchons d'eau chaude aux pieds et aux flancs, édredon.

24. Soif vive ; mictions fréquentes, mais très peu douloureuses. Urine peu abondante, colorée. Même traitement. T. du matin, 38°6 ; T. du soir, 39°.

25. Nuit assez bonne ; à part un peu de céphalalgie, le malade se sent à peu près bien. L'urine est plus abondante, moins colorée. Quatre mictions dans la journée. T. du matin, 37°4 ; T. du soir, 38°1. Même traitement.

26. Nuit bonne. Purgatif salin ce matin. Selles abondantes. Journée bonne. T. du matin, 37°6; T. du soir, 38°1.

27. Nuit bonne. Le malade se trouve très bien ; pas de fièvre ; urine claire, abondante, quatre mictions

1er mars. Introduction des bougies Béniqué nos 15, 16, 17. Journée bonne. Le malade a bu un litre de lait ; tisane lupulin et uva-ursi ; 1 gramme de benzoate de soude. Apyréxie complète.

2. Le mieux continue.

3. Le mieux continue.

4. État général et local excellent. Introduction des bougies Béniqué nos 17, 18, 19, 20.

7. Le malade s'est levé hier ; il urine facilement, sans douleur, quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Ce matin introduction des nos 19, 20 21, 22 de Béniqué.

10. Le malade va très bien : les douleurs lombaires ont disparu, l'appétit est satisfaisant. Lait, œufs. M. Tédenat passe les nos 21, 22, 23 de Béniqué sans douleur et hémorrhagie.

14. Les bougies métalliques 22, 23, 24, passent sans difficulté. Le malade va beaucoup mieux qu'avant le commencement du traite-

ment. Aucune douleur, appétit bon, pas de fièvre ; urine très claire.

18. La bougie 26 de la filière Charrière passe sans difficulté.

Le malade fut revu au mois d'avril et de juillet par M. Tédenat. Sa santé est excellente; il digère bien, n'éprouve plus de douleur dans les articulations et peut faire de longues marches sans se fatiguer. Il introduit tous les dix jours une bougie en gomme du n° 25 de la filière de Charrière.

Observation II

Thèse du Dr Médard, 1882

Atrésie congénitale du méat aggravée par des cautérisations avec le nitrate d'argent. — Rétrécissement profond. — Dilatation en une séance. — Grande amélioration. — Refroidissement le 12e jour après l'opération. — Mort le 18e.

Bernard-Julien B..., âgé de 39 ans, né et demeurant à Béziers, (Hérault). Rien à noter dans les antécédents de famille. Lymphatique et de constitution moyenne, cet homme n'a eu ni syphilis ni rhumatisme ; il n'a pas fait d'excès alcooliques et s'est très bien porté jusqu'à l'âge de 18 ans. A cette époque, il contracta une chaudepisse qui, traitée uniquement par le copahu et des injections légères au sous-acétate de plomb, passa à l'état chronique pendant deux ans. A l'âge de 24 ans, nouvelle chaudepisse peu ou point douloureuse dès le début, qui, après une dizaine de mois, se présente sous forme de goutte militaire filante et incolore. Depuis l'âge de 27 ans, le malade éprouve de fréquents besoins d'uriner (quinze à vingt fois dans la journée, trois à cinq fois la nuit). Un médecin consulté déclare au malade qu'il avait, à la partie antérieure du canal, *une dartre* (*sic*) qui ne pourrait pas être guérie, mais seulement améliorée par les eaux d'Aulus et de la Preste. Il conseilla aussi et pratiqua, dans l'espace de deux ans, une dizaine de cautérisations avec la pierre infernale, enfoncée à 2 ou 3 centimètres dans le canal. Aucune amélioration ne fut obtenue par ce traitement barbare. Dès l'âge de trente ans, le malade se contenta d'aller religieusement tous les ans à la

Preste, à Aulus ou à Vals. Les besoins d'uriner étaient toujours fréquents, la miction lente, avec jet mince. Depuis trois ans, cinq ou six cautérisations de la partie antérieure du canal ont été pratiquées avec la pierre infernale. Le malade souffre dans la région lombaire, au périnée, et digère mal ; il éprouve aussi de fréquentes douleurs dans les articulations du genou, dans les talons. Très fréquemment, il a de la diarrhée, cinq ou six selles liquides par jour ; il perd ses forces.

Le 20 novembre 1882, il consulte le Dr Tédenat, avec qui nous constatons l'état suivant : le malade est amaigri, d'un teint pâle terreux ; l'appétit est mauvais, les digestions laborieuses, la diarrhée habituelle. Il éprouve une douleur sourde dans les lombes, des douleurs térébrantes dans le sacrum. Il souffre souvent dans les genoux, dans les talons, a quelquefois des accès de fièvre le soir. La miction est lente et fréquente (vingt-cinq à trente dans les vingt-quatre heures). Depuis une dizaine d'années, les facultés génésiques sont en décroissance ; depuis cinq ou six ans, l'érection fait complètement défaut.

L'urine contient un peu de pus ; bien filtrée, elle contient encore une grande quantité d'albumine ; elle est acide.

Le méat présente une atrésie congénitale manifeste qui correspond au n° 10 de la filière de Charrière. En explorant l'urèthre, on sent une induration qui a la forme d'un cône commençant au méat et finissant par son sommet, à 5 ou 6 centimètres en arrière. La bougie exploratrice n° 10 de Guyon est arrêtée à la fin de la région spongieuse et surtout au niveau du cône cicatriciel antérieur. Le rétrécissement, profond, laisse passer le n° 7 de Charrière. Par le toucher rectal, on constate une augmentation très faible du volume de la prostate et un endolorissement extrême de la région prostatico-membranéuse.

Du 20 au 24 novembre, diète lactée, tisane de graine de lin, 2 grammes de benzoate de soude, un bain tiède tous les jours, repos.

Le 24, après anesthésie (exigée par le malade), avec un bistouri boutonné, on incise le rétrécissement cicatriciel antérieur sur toute la longueur de sa paroi supérieure. Le tissu est de consistance ligneuse et résiste au couteau. Incision du méat en bas, sur une longueur de 8 ou 9 millimètres. Hémorrhagie insignifiante. Séance

tenante, introduction du dilatateur Michéléna assez facile; distention forcée du rétrécissement postérieur. La sonde n° 23 de Charrière arrive facilement dans la vessie. Des compresses phéniquées sont appliquées autour de la verge.

Potion avec 4 grammes acétate d'ammoniaque, dix gouttes de laudanum ; 0,30 sulfate de quinine en pilules. Le soir à six heures, T. 38°5 ; un peu de fatigue. La sonde est laissée à demeure.

25. Nuit bonne, pas d'hémorrhagie. P. 80. T. 37°6. Le malade demande à manger. Diète lactée, tisane de busserole, 2 grammes benzoate de soude. La sonde gêne un peu le malade ; elle est enlevée à deux heures de l'après-midi. Quelques gouttes de sang coulent de l'incision du méat.

A cinq heures du soir, léger frisson de quatre à cinq minutes de durée, suivi de chaleur intense et de sueurs abondantes. P. 110. T. 39° 4. 0,40 sulfate de quinine.

26. Nuit bonne ; deux mictions avec cuisson très légère au méat. Langue bonne, appétit excellent. T. 37°4. P. 80. Diminution très marquée des douleurs lombaires. Cinq heures du soir, T. 38°2. P. 86. Quatre mictions sans douleurs, urine plus claire. Le malade a pris un litre de lait ; même médication.

27. Bon sommeil cette nuit ; une miction seulement, urine plus claire. T. 37°7. Langue bonne. Lait, œuf à la coque. Six heures du soir, T. 38°2. Quatre mictions. Toute douleur lombaire a disparu. Le malade demande à se lever, ce qui lui est défendu. Un peu d'œdème du prépuce depuis avant-hier. Même traitement. La sonde en gomme n° 23 de Charrière passe sans difficulté et sans provoquer de douleurs.

28. Nuit bonne. Deux mictions, urine claire avec un faible dépôt sans traces de sang. T. 37° 6 ; P. 84.

Quatre heures du soir, T. 38°1. P. 86. Cinq mictions dans la journée. Diminution de l'œdème du prépuce. Un litre de lait, un œuf à la coque, un demi-verre de vin de Bordeaux.

29. Bon sommeil. Un verre d'eau de Rubinat, le malade n'étant pas allé à la selle depuis quatre jours. Deux mictions la nuit. T. 37°4.

Cinq heures du soir. Quatre selles dans la journée. Lait et eau de Vichy. Même traitement. Malgré les conseils de M. Tédenat, le malade est resté levé pendant quatre heures. T. 38°9. P. 90.

30. La sonde cylindro-conique en gomme n° 23 de Charrière est

passée sans difficulté et sans douleur. Etat général bon. L'incision du méat est cicatrisée. Lait, poisson.

1er décembre. Le malade va bien. T. du matin, 37°4. La miction est facile. T. du soir, 38°1. Toute douleur a disparu. Le malade se lève une heure dans la journée. Appétit excellent.

2. L'amélioration continue. T. du matin, 37°3. Il n'y a plus que *quatre mictions par jour*. T. du soir, 38°1. *Deux mictions la nuit*. Urine claire, acide, avec très faible dépôt. Albuminurie persistante. Il n'y a plus de douleurs de reins.

3 et 4. L'amélioration continue. Bon appétit. Il est très difficile d'empêcher le malade de se lever toute la journée ; il voudrait même sortir. Le temps est humide et froid.

5. Etat local et général excellent. T. du matin, 37°2. Malgré une température très froide, le malade se lève ; *il dit qu'il se trouve mieux qu'il ne l'a jamais été depuis plusieurs années ;* il ne songe qu'à boire et à fumer. On ne peut l'empêcher d'ouvrir la fenêtre de sa chambre et de rester levé de 10 h. du matin à 9 h. du soir. A ce moment, il éprouve un violent frisson qui dure au moins trois quarts d'heure ; le stade de chaleur arrive lentement, incomplètement. Grâce à des boissons excitantes, la réaction se fait et la sueur se produit très abondante.

6. Nuit très agitée avec vague délire. Mictions au nombre de huit ; douleurs lombaires. Langue un peu moins humide. Soif vive. T. du matin, 38°9. Des pierres aussi chaudes que le malade peut les supporter sont appliquées en permanence sur les flancs. Benzoate de soude 2 grammes ; 0,30 sulfate de quinine. Quart de litre de vin de Bordeaux.

5 heures du soir. Langue un peu plus humide que le matin, mais rouge ; soif vive. Douleurs lombaires et hypogastriques vives ; six mictions depuis ce matin. Dépôt purulent très abondant dans l'urine. Sensation de froid ; petits frissons erratiques dans la soirée, combattus par le thé au rhum. Les pierres chaudes ont largement rubéfié la région des flancs. T. 39°9. P. 120.

7. Nuit agitée. Douleurs lombaires persistantes ; mictions fréquentes. Urine neutre avec dépôt de pus abondant. Soif vive, langue rouge et sèche à la pointe. Respiration rapide, dyspnéique. T. du matin, 38°7. P. 100. Pierres chaudes en permanence aux flancs ; 0,50 de sulfate de quinine, 2 grammes de benzoate, vin de Bordeaux, lait.

Soir. Frisson intense d'une heure de durée, avec un peu de délire. La chaleur arrive difficilement ; la sueur est peu abondante. T. 40°5.

8. Nuit mauvaise. Douleurs aux lombes, malgré la puissante révulsion exercée par les briques, qui ont déterminé une large vésication. Le matin, un peu de mieux. En une fois, le malade urine un tiers de litre, facilement, sans douleur. T. 38°1 ; soir, 40°. P. 120. Langue rouge aux bords et à la pointe. Soif ardente. Petits frissons. Le sulfate de quinine, le benzoate de soude, le vin de Bordeaux, sont continués.

9. Nuit agitée, avec délire vague et trois vomissements violents ; douleurs aux lombes et à l'hypogastre. Langue sèche, soif vive. Respiration dyspnéique. Mictions nombreuses (une ou deux par heure). T. du matin, 38°8. Rien du côté de l'urèthre. Depuis hier, violente douleur dans le mollet droit, où n'existe aucun signe objectif d'inflammation.

Le malade avait souvent éprouvé cette douleur depuis deux ou trois ans; elle durait chaque fois quatre ou cinq jours. Purgatifs salins demain matin.

Soir. Le malade a vomi trois fois. Respiration dyspnéique ; petits frissons subintrants. Aucun moyen ne peut ramener la chaleur ni la sueur. Langue sèche ; subdelirium, céphalée ; douleurs aux lombes, à l'hypogastre, au mollet. Urine rare (1/2 litre par 24 h.), rouge, avec dépôt de pus très abondant; bleuit le papier de tournesol. T. 40°5. Même traitement.

10. Nuit agitée. Délire vague et calme, céphalée; soif ardente; langue sèche, noire, ratatinée. Toutes les douleurs persistent. Rien du côté de l'urèthre ni du périnée. Briques chaudes toujours maintenues dans la région des reins. Ce matin, le malade a vomi. T. 39°2. Thé au rhum, limonade vineuse.

Soir. Délire toute la journée. Dyspnée extrême. Pas d'inflammation de l'appareil respiratoire. Petits frissons. T. 40°6.

11. Le même état persiste, en s'aggravant peu à peu. Urine rare, purulente et alcaline ; elle répand une odeur ammoniacale peu d'instants après la miction. Etat comateux, délire. T. du matin, 39°1; T. du soir, 40°1.

12. Coma, délire calme, dyspnée extrême. T. du matin, 39°8. A cinq heures du soir, 40°4. Pas d'urine rendue de la journée. Le malade s'éteint à neuf heures du soir.

Observation III

PERSONNELLE

Rétrécissement de la portion pénienne. — Essais de dilatation. — Douleur, résistance du rétrécissement. — Uréthrotomie. — Guérison.

Pierre M..., âgé de vingt-neuf ans, né à Toulouse, demeurant à Cette, employé de commerce. Père mort d'une fluxion de poitrine à l'âge de soixante-huit ans ; mère et sœur bien portantes. Lymphatique, nerveux, Pierre M... a eu la fièvre typhoïde à l'âge de quinze ans ; à dix-huit ans, blennorrhagie intense, traitée par les tisanes adoucissantes et plus tard par l'opiat de cubèbe et copahu. Cette uréthrite a duré cinq mois ; à vingt-trois ans, nouvelle chaudepisse, nullement traitée, et qui, au bout de deux mois, se réduisit à une goutte matinale, laquelle persiste encore avec des interruptions quelquefois longues, mais devient blanche et grosse quand le malade a l'occasion de boire trop de bière, ce qui lui arrive de temps en temps. Au mois de mars 1883, cystite du col avec besoin d'uriner très fréquent et quelques gouttes de sang. Le pissement de sang ne dura que sept ou huit jours, mais les besoins d'uriner et la douleur persistant encore le 10 mai, le malade consulta le Dr Tédenat. Ce chirurgien constata, à la partie moyenne de la verge, un rétrécissement (n° 13 de Charrière) très sensible au passage de la boule exploratrice, qui arriva au collet du bulbe contracturé. Des instillations d'une solution de nitrate d'argent à 1/60 faites tous les deux jours amenèrent en vingt jours la guérison à peu près complète de la cystite du col. Le malade n'urina plus la nuit et seulement six ou sept fois le jour, sans douleur aucune.

Le réirécissement restait sans modification. M. Tédenat conseille, le 10 juin, de faire l'uréthrotomie interne, ne pensant pas que la dilatation pût se faire rapidement. Sur le refus du malade, des bougies furent introduites, tous les deux jours d'abord, pendant

quinze jours. Le canal s'irrita ; la cystite du col revint, bien que les bougies ne fussent pas poussées au delà de la portion spongieuse. Alors le cathétérisme n'eut plus lieu que tous les cinq jours. Grâce à une instillation faite de temps en temps, la veille de l'introduction des sondes, celles-ci étaient un peu mieux supportées, mais la dilatation n'allait pas ; aussi, le 20 septembre, M. Tédenat refusa de la continuer. En trois mois, on n'avait gagné que quatre numéros. Le malade passa lui-même tous les cinq jours des bougies en gomme. Le 5 décembre, il alla consulter de nouveau M. Tédenat ; il avait perdu deux numéros et ne passait plus que le 15 de Charrière, et encore pas toujours.

Il était décidé à subir l'uréthrotomie interne, d'autant mieux qu'il urinait une vingtaine de fois dans les vingt-quatre heures et non sans quelque douleur.

7 décembre. La boule 12 de Charrière passe avec difficulté et amène quelques gouttes de sang. Le malade est tenu au lit et prend de la tisane de houblon et busserole. Lavement avec dix gouttes de landanum de Sydenham. T, 38°6, le soir. P. 80. Gêne très marquée de la miction, avec besoins très fréquents.

8. Nuit bonne. Aujourd'hui miction plus facile.

9. Purgatif salin.

10. Uréthrotomie interne sans anesthésie, avec l'uréthrotome de Maisonneuve (lame moyenne sur la concavité du conducteur). Sonde à demeure n° 17. Pas de frissons, pas d'hémorrhagie sérieuse. T. soir, 38°6. P. 100. Infusions chaudes avec 4 grammes benzoate de soude.

11. Nuit assez bonne. Urine abondante et claire. T. matin, 37°8 ; T. soir, 38°4.

12. Nuit bonne. Sonde enlevée à midi. Écoulement purulent léger par l'urèthre. T. matin, 37°5 ; T. soir, 38°2.

13. Nuit bonne. Urination peu fréquente ; trois fois la nuit, six fois dans la journée, avec cuisson légère. T. soir, 38°4. Le malade prend 3 litres de lait depuis le 10, jour de l'opération.

14. Mieux persiste. T. soir, 38°2.

16. M. Tédenat introduit les bougies métalliques de Béniqué correspondant aux n°s 16, 17, 18, 19 de Charrière ; l'introduction se fait aisément et sans douleurs ni hémorrhagie.

18. Introduction des n°s 18, 19, 20, 21. Le malade se trouve bien et mange de bon appétit.

20 Introduction des nos 20, 21, 22, 23.
22. Introduction des nos 22, 23, 24.
25. Introduction des nos 23, 24.
27. Introduction des nos 23, 24, 25.
28. Le malade quitte Montpellier en très bonne santé.

Observation IV

Communiquée par M. Tédenat

Deux blennorrhagies ; une non traitée, l'autre traitée sans injections. — Rétrécissement siégeant à 5 centimètres du méat. — Essais infructueux de dilatation. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

Le 3 mai 1882, M. C..., négociant à Narbonne, me fut adressé par le docteur Cassan, avec les renseignements suivants :

« Le malade, âgé de cinquante-sept ans, fortement constitué, sans antécédents syphilitiques ou rhumatismaux, a eu une blennorrhagie violente à l'âge de vingt-cinq ans. Cette maladie, traitée par les capsules de copahu, sans injections, a duré huit à neuf mois. Deuxième blennorrhagie à trente-sept ans, non traitée, et qui a duré environ quinze mois. Jamais d'hématurie.

» Au mois de septembre 1881, le malade me consulta pour une gêne assez marquée de la miction ; je lui proposai d'introduire une sonde, ce qu'il refusa.

» Le 12 octobre suivant, à la suite d'un repas où il but beaucoup, rétention complète d'urine. Je pus, après de nombreuses et patientes tentatives, introduire une bougie en gomme n° 8 de Charrière. Elle fut supportée pendant quatre jours sans trop de douleur, sans fièvre, et permit une évacuation lente et continue de la vessie.

» A partir du 20 octobre, je passai des bougies tous les deux jours, dans le but de dilater le rétrécissement, qui siégeait à 5 ou 6 centi-

mètres du méat. Malgré toutes les précautions, chaque cathétérisme s'accompagnait de frissons vifs, céphalalgie et dysurie pénible.

» Le 15 avril, nous n'avions gagné que quatre numéros. Voyant que les sondes sont toujours mal supportées et que nous ne faisons aucun progrès, je vous adresse le malade (1er mai 1883). »

Le 3 mai, je trouvai M. C... amaigri, pâle, sans appétit, digérant mal, atteint depuis deux ou trois mois de diarrhée habituelle. Miction fréquente, douloureuse. Urines purulentes sans albuminurie proprement dite. A 5 centimètres du méat, rétrécissement laissant avec peine passer le 12 de Charrière, qui pénètre aisément dans la vessie. Je conseille, vu l'inutilité du cathétérisme dilatateur et l'existence de la fièvre urineuse chronique, de pratiquer l'uréthrotomie interne. Le malade accepte.

Du 4 mai au 20 mai, il est soumis au traitement suivant : diète lactée ; tisane de houblon et de busserole, avec 3 grammes de benzoate de soude ; cathétérisme tous les quatre jours, afin de conserver la dilatation acquise.

Le 21 mai, purgatif et 1 gramme de sulfate de quinine le soir.

Le 22 mai, 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 23 mai, mieux sensible. Urine plus claire, fièvre presque nulle. Aidé du Dr Cassan, je pratique, à Narbonne, l'uréthrotomie interne avec l'uréthrotome de Civiale (numéro moyen).

L'instrument coupe un rétrécissement siégeant au cul-de-sac du bulbe et peu étroit, peu dur aussi ; il coupe avec plus de peine le rétrécissement pénien, dur et résistant. Il coule séance tenante environ deux cuillerées à café de sang, qui s'arrête sous l'influence de linges très chauds appliqués sur les lombes. Pas de sonde à demeure, mais introduction d'une sonde Béniqué (18 de Charrière), pour constater que la section a été suffisante.

Le Dr Cassan m'adressa, le 25 juin, la note suivante : Le soir de l'opération, faite à dix heures du matin, léger frisson avec une température de 39°1. Le lendemain, la température ne dépassa pas 38°5, et ce degré ne fut jamais atteint les jours suivants.

A partir du 30 mai, j'ai introduit tous les cinq jours des bougies Béniqué, et le 20 juin, le n° 23 de Charrière passait sans difficulté. L'urine est claire, la miction facile ; la diarrhée n'existe plus ; l'état général du malade est aussi satisfaisant que possible.

Observation V

Recueillie par M. A. Bertrand

Rétrécissement siégeant à la partie moyenne de la portion pénienne.—Blennorrhagie traitée sans injections. — Essais infructueux de dilatation pendant cinq mois. — Uréthrotomie interne. — Guérison rapide.

Eugène Rach, âgé de vingt-neuf ans, courtier en vins, habitant Narbonne, est adressé à M. Tédenat par le Dr Cassan, le 7 juin 1881. Bien constitué, lymphatico-sanguin, sans antécédents rhumatismaux personnels ni dans sa famille, E. R. n'a éprouvé d'autres maladies qu'une blennorrhagie contractée à l'âge de dix-neuf ans. Traitée par les boissons émollientes pendant deux mois environ que dura la période d'acuité intense, plus tard par des capsules de copahu et d'essence de santal à larges doses, cette uréthrite a laissé une goutte militaire qui revient de temps en temps. Jamais le malade n'a fait usage d'injections, par crainte de rétrécissements.

Au mois de juillet 1880, il éprouva des envies d'uriner plus fréquentes qu'à l'ordinaire, et qu'il combattit par des tisanes de graine de lin, d'orge, de stigmate de maïs. Un peu plus tard, la miction devint pénible ; quelques gouttes d'urine restaient dans le canal et mouillaient le linge; ces accidents, auxquels s'ajoutaient de temps en temps des douleurs au bas ventre et le long des cordons, l'amenèrent à consulter le Dr Cassan, qui, dès le 1er octobre, passa tous les deux jours des bougies en gomme. Après chaque cathétérisme, toujours douloureux, la miction restait pendant toute la journée pénible, fréquente, difficile ; il y avait des frissons erratiques, de la perte d'appétit.

Au 20 mars, la dilatation n'avait fait que des progrès insignifiants (du n° 11 au n° 16 de Charrière). Aussi le malade renonça-t-il à tout traitement. Puis, son état s'aggravant peu à peu, il se décida, le

6 juin 1881, à s'adresser au Dr Tédenat, qui, après avoir soumis le malade à un traitement préparatoire pendant quatre jours (bains purgatifs, lait), explora son canal.

10 juin. Le méat admet le 22 de Charrière, qui s'arrête à la partie moyenne de la verge sur un rétrécissement (numéro 9 de la filière de Charrière). Malgré la douceur apportée aux manœuvres exploratrices, faites avec les bougies à boule en gomme, il s'écoule quelques gouttes de sang, et le malade ne peut uriner que dans un bain de siège.

11 juin. Sommeil mauvais. Bouche pâteuse. Langue saburrale. Lait, tisane de houblon et uva-ursi, avec 3 grammes de benzoate de soude.

13 juin. Etat bon. Instillation dans le rétrécissement, long de 1 centimètre, de huit gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1|60.

15 juin. Mieux. Bougie en gomme n° 7 à demeure.

17 juin. Bougie bien supportée sans frissons et sans fièvre. Sécrétion muco-purulente. Uréthrotomie interne avec l'uréthrotome moyen de Civiale-Gaudmont. Sonde percée aux deux bouts n° 17 à demeure. Soir, P° à 80. T. 38. Peu de douleurs ; à peine quelques gouttes de sang immédiatement après la section; pas la moindre trace dans la soirée. Infusions chaudes et 0,50 de bromhydrate de quinine.

18. Nuit bonne, sauf quelques érections et des envies fréquentes d'uriner. Journée bonne. T. matin, 37° 9 ; T. soir, 38° 2, Même traitement.

19. Nuit bonne. Ecoulement muco-purulent abondant. La sonde gêne peu le malade et n'est enlevée qu'à cinq heures de l'après-midi, après un séjour de cinquante-trois heures. T. soir, 38°.

23. Pas de fièvre ; douleurs légères en urinant, écoulement faible. Sont introduits les nos 15, 16, 17, 18, 19 de Charrière, modèle Béniqué, sans douleurs vives et sans hémorrhagie. T. soir, 38°4. P. 83.

28. Le malade a continué à bien aller; il se lève quatre ou cinq heures par jour, prend du lait, du bouillon, des œufs. Sont introduits nos 17, 18, 19, 20, 21, 22, de Charrière, forme Béniqué.

2 juillet. Nos 20, 21, 22, 23, 24.

7 juillet. 22, 23, 24.

10. Nos 23, 24, 25, 26. Le malade retourne en son pays le 13, sachant introduire le 25 en gomme. Tout écoulement a cessé et le besoin d'uriner n'offre pas de fréquence exagérée.

Observation VI

Recueillie par M. A. Bertrand

Rétrécissement de la portion pénienne de l'urèthre. — Plusieurs essais de dilatation sans succès. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

Alexandre P..., soldat, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital St-Eloi de Montpellier, salle Lallemand, n° 36, dans le service du Dr Tédenat, le 29 juillet 1881.

Chute sur le périnée à l'âge de dix-huit ans, suivie d'hémorrhagie par l'urèthre. Quelques semaines après, gêne pour uriner. A l'hôpital St-André de Bordeaux, on passa des sondes Béniqué jusqu'au n° 51. A dix-neuf ans, blennorrhagie, traitée par le copahu et des injections au sulfate de zinc. L'écoulement persista, abondant, pendant deux ans. Alors il diminua, mais les signes de rétrécissement se reproduisirent. A l'hôpital militaire de Perpignan, on constata un rétrécissement de l'urèthre siégeant à la partie moyenne de la portion pénienne. Pendant cinq mois, cathétérisme qui n'amena qu'une dilatation insignifiante. Chaque séance de cathétérisme était suivie de douleurs vives et de quelques gouttes de sang. Il y a six mois, le malade a été soigné de nouveau pendant sept ou huit semaines à l'hôpital de Toulouse par la dilatation progressive. On a gagné quatre numéros de Charrière, mais au prix de douleurs vives, de frissons. A son entrée à l'hôpital, le malade est pâle, anémié mange peu, digère mal. Il urine cinq ou six fois la nuit, une dizaine de fois dans la journée, avec effort, avec lenteur, par un jet mince; l'urine contient un abondant dépôt de pus. Douleurs à l'hypogastre. M. Tédénat constate, à la partie moyenne de la verge, un rétrécissement court qui laisse avec peine passer le numéro 13 de Charrière, et dans la région bulbeuse, une seconde atrésie ayant un calibre correspondant

au 11 de Charrière. Le cathétérisme provoque des douleurs, des spasmes et s'accompagne de dysurie.

Après un traitement préparatoire, l'uréthrotomie interne est pratiquée, le 6 août à dix heures du matin, avec la lame moyenne de l'uréthrotome de Maisonneuve, coupant en haut, c'est-à-dire sur la concavité du conducteur cannelé. Les deux rétrécissements sont sectionnés ; le postérieur offre une résistance forte et plus marquée que celle du rétrécissement pénien. Sonde à demeure n° 18. Infusions chaudes, 0,50 sulfate de quinine. Léger frisson. Le soir, T. 38°4. Très peu d'hémorrhagie.

7. Nuit agitée ; le malade a enlevé la sonde, qui le gênait ; douleurs légères. L'urine contient du pus, mais pas de sang ; langue humide, saburrale. T. matin, 36°6 ; T. soir, 37°8.

8. Nuit assez bonne. T. matin, 37°7 ; T. soir, 38°1. Etat du malade : satisfaisant.

9. Etat général bon ; jet d'urine large. Miction toutes les deux heures ; l'urine ne contient pas de sang. T. soir, 38°2.

11. Jet large, pas de douleurs. Sont introduits les cathéters Béniqué correspondant aux n^{os} 17, 18, 19 de Charrière. Il ne s'écoule pas de sang, mais deux heures après, l'urine rendue contient un peu de sang. Soir, T. 39°. 0,50 sulfate de quinine.

12. Nuit bonne, jet large ; huit mictions dans la journée.

15. Le malade va bien. Sont introduits les cathéters n^{os}, 19, 20, 21. T. soir, 38°.

17. Pas de sang. Miction facile, six fois dans les vingt-quatre heures.

Le 7 septembre, le malade quitte l'hôpital en très bonne santé. Tous les trois jours, il a été fait, depuis le 15 août, une séance de cathétérisme, le n° 27 de Charrière passe facilement.

Observation VII

Recueillie par M. Lafage, communiquée par M. Tédenat

Rétrécissement siégeant à 7 centimètres du méat. — Essais infructueux de dilatation pendant trois mois. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

Maurice M..., âgé de trente-cinq ans, limonadier à Montpellier, lymphatique, bien constitué. Blennorrhagie à vingt ans, traitée par

des injections au sulfate de zinc ; elle a duré une dizaine de mois. Deuxième blennorrhagie à vingt-cinq ans ; goutte militaire pendant deux ou trois ans. Depuis l'âge de trente ans, le malade souffre d'une dyspepsie, que n'explique aucune irrégularité de régime et pour laquelle il a pris, sans grande amélioration, des amers, des alcalins, de la pepsine, et fait plusieurs saisons à Vichy et à Vals.

10 août 1882. Le malade consulte le Dr Tédenat, afin de savoir si le lavage de l'estomac ne pourrait pas guérir sa dyspepsie. Le médecin attire l'attention du malade sur l'appareil urinaire ; il y a des mictions fréquentes (trois ou quatre fois la nuit, huit ou dix fois le jour), lentes, à jet mince; de temps en temps, des douleurs à l'hypogastre et aux lombes. L'urine, faiblement acide, laisse déposer du muco-pus en abondance, mais ne contient pas d'albumine. L'exploration de l'urèthre avec les bougies à boule permit de constater la présence d'un rétrécissement n° 8 de Charrière à la partie moyenne de la verge. A partir du 12 août, traitement par la dilatation progressive. Séance tous les trois jours. Malgré des bains tièdes, un régime très doux, des tisanes émollientes, etc., le malade souffre à chaque cathétérisme, éprouve des malaises généraux, assez souvent, est pris de frissons.

Le 15 septembre, M. Tédenat, voyant que la dilatation ne marchait pas, propose l'uréthrotomie interne; mais le malade tient à continuer les essais de la dilatation, qui est reprise jusqu'au 13 octobre. A ce moment, la bougie 13 de Charrière passe avec peine, et certains jours on peut à peine introduire le 10 et le 11. La vessie est irritée. M. Tédenat refuse de continuer la dilatation.

6 novembre 1882. Tout cathétérisme ayant été supprimé depuis le 18 octobre, le malade se décide à l'uréthrotomie. Le rétrécissement se laisse à peine traverser par le n° 6 de Charrière ; il s'est donc aggravé.

7. Purgatif salin. Tisane de houblon avec 3 grammes benzoate de soude, lait.

8. Bougie à demeure à partir de neuf heures du matin.

9. La bougie a été bien supportée. Le matin, uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve (lame moyenne, coupant en haut). Le rétrécissement offre une résistance assez forte à l'action de la lame, qui sectionne une deuxième coarctation au niveau de la racine de la verge. Hémorrhagie très légère. Sonde percée aux deux bouts n° 16 mise à demeure. Infusions chaudes. Potion avec 2 centi-

grammes de chlorhydrate de morphine, cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Soir. La sonde fonctionne bien, mais gêne le malade, très sensible. Pas d'hémorrhagie, pas de frissons. T. 38°2. P. 84. Lait.

10. Peu de sommeil, un peu d'agitation la nuit, avec sueurs et soif vive. La sonde fonctionne bien. T. 38°4. P. 80. Pas de sang. Le soir à cinq heures, le malade supplie qu'on lui enlève la sonde, ce qui est fait. T. 58°. P. 85. Lait, infusions chaudes.

11. Nuit bonne avec quatre mictions peu douloureuses, langue humide, saburrale ; pas d'inflammation locale. T. 37°6.

Soir, six mictions dans la journée à jet large ; urine plus claire qu'avant l'opération. T. 38°4. Lait, tisane de houblon et busserole, 3 grammes de benzoate de soude.

13. Malade bien ; urine facilement toutes les trois heures environ et sans douleur. T. 38°1.

15. Etat général bon. Sont introduits les cathéters forme Béniqué 16, 17, 18, 19 de Charrière. Peu de douleurs. Pas la moindre hémorrhagie. Pas de malaise après. T. soir, 37°9.

19. Urine claire. Malade se lève, prend lait, bouillon, œufs. Cathéters 18, 19, 20.

23. Cathéters 19, 20, 21. Etat général et local parfaits.

27. Cathéters 20, 21, 22, 23. Le malade sort depuis deux jours, mange et digère bien. Dans l'urine, léger dépôt.

1er décembre. Cathéters 21, 22, 23, 24. Le malade va toujours bien.

10 Séances de cathétérisme le 5 et le 9 ; le n° 25 passe aisément.

Depuis cette époque, le malade passe tous les dix jours le n° 24 ; il n'éprouve aucune gêne pour uriner. Il faut pourtant noter qu'après la miction, et quelles que soient les précautions prises, il reste toujours quelques gouttes qui s'écoulent et mouillent le linge. L'appétit est excellent et toute dyspepsie a disparu.

Observation VIII

Empruntée à la thèse du Dr MARTINET

Vieux rétrécissement. — Dilatation en 1872. — Récidive. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

D..., âgé de cinquante et un ans, entré, salle Saint-Vincent, n° 21, le 7 janvier 1874.

Le malade nous apprend que, depuis longtemps, il a de la difficulté pour uriner ; il était déjà venu en 1872 dans le service de M. Guyon, et y avait été soigné par la dilatation, qu'on n'avait pu conduire qu'à un très faible point. L'uréthrotomie interne lui fut proposée, mais le malade ayant demandé à sortir quelques jours avant l'opération, ne revint pas, comme il l'avait promis ; ce n'est que deux ans plus tard qu'il se décida à revenir, après avoir de nouveau perdu le peu qu'on avait gagné dans les tentatives de dilatation.

Le malade est pâle, amaigri ; il a de temps en temps des accès de fièvre, de l'incontinence d'urine ; les urines sont troubles et chargées de muco-pus ; réaction alcaline très prononcée. L'explorateur 20 s'arrête au niveau des bourses.

Le n° 12 s'arrête au même point.

Le n° 8 franchit cet obstacle, mais se trouve lui-même arrêté.

Il est impossible d'introduire aucune bougie jusqu'au 29 janvier ; tentatives diverses, mais infructueuses.

Une bougie fine à demi engagée dans le rétrécissement a déterminé un violent accès de fièvre.

29 janvier. On réussit à entrer dans la vessie avec une fine bougie armée ; on la fixe à demeure.

30. M. Guyon tente l'uréthrotomie interne ; mais jugeant le

conducteur trop serré par le rétrécissement, il ajourne l'opération et laisse la bougie à demeure.

7 février. Le matin, le conducteur passe facilement. Uréthrotomie interne. Sonde n° 16 à demeure. Urines alcalines ; le soir, pas de fièvre.

8. Nous retirons la sonde. Urines claires, à peu près neutres ; pas de fièvre.

9. Les urines sont presque claires et légèrement acides.

10. Urines franchement acides, tout à fait limpides.

22. On sonde le malade pour la première fois. Bougies n° 16.

23. Bougies 16 et 17.

25. Bougies 17 et 18. Sonde Béniqué de 36 à 38. Le malade quitte l'hôpital.

19 avril 1875. Aujourd'hui, quatorze mois après l'opération, nous revoyons le malade. Il s'est toujours porté à merveille depuis sa sortie de l'hôpital ; de temps en temps, tous les quinze jours, il se sonde avec une bougie n° 18.

1er juin 1875. Nous revoyons le malade, dont l'excellent état se maintient.

30 avril 1876. Le malade n'a pas cessé de se sonder ; il urine avec la plus grande facilité et passe toujours la bougie n° 18.

7 mai 1876. Nous voyons aujourd'hui le malade ; sa guérison est persistante.

Observation IX

Thèse du Dr Martinet

Rétrécissement de l'urèthre. — Tentatives de dilatation. — Dilatation limitée. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

R..., âgé de soixante ans, entré, le 22 avril 1874, salle St-Vincent n° 10.

Le malade a eu plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse. Depuis de longues années, il avait un jet très petit, mais n'en souffrait nulle-

ment, lorsqu'il y a six semaines, il a uriné du sang en assez grande quantité, à la suite d'un excès de boisson.

Exploration. Arrêt de toutes les bougies à boule en avant du scrotum. On trouve une induration du canal très manifeste à ce niveau.

Une bougie n° 6 pénètre dans la vessie. On compte pouvoir le dilater ; mais il est absolument impossible de dépasser le n° 10. On pratique l'uréthrotomie interne (lame 32, sonde n° 16). Pas la moindre fièvre. Le malade quitte l'hôpital à la fin de mai, se sondant lui-même avec une bougie n° 19.

10 juillet. Nous revoyons le malade. Il urine à merveille. Nous passons les bougies n^{os} 18 et 19.

3 août 1874. Le malade revient nous faire constater l'état de son canal. Bougies n^{os} 18 et 19.

1er septembre 1874. On passe également les bougies n^{os} 18 et 19.

3 octobre. Pas de sondage pendant le mois qui vient de s'écouler ; le n° 19 entre avec la plus grande facilité.

1er décembre 1874. Le malade revient nous faire constater que sa guérison persiste et se sonde devant nous avec une bougie n° 19.

30 juin 1875. Nous revoyons aujourd'hui le malade; il s'est sondé de temps en temps depuis l'année dernière. Un explorateur n° 18 et une bougie n° 19 parviennent facilement jusque dans la vessie.

12 mai 1876. Nous revoyons aujourd'hui le malade. M. Guyon le sonde avec une bougie n° 18, qui n'est nullement serrée.

Observation X

Thèse du Dr Martinet

Rétrécissement de l'urèthre. — Tentatives de dilatation.— Dilatation bornée. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

C..., âgé de quarante-sept ans, entre, le 9 juillet 1874, salle St-Vincent, n° 13.

Deux blennorrhagies, dont une de très longue durée. Difficulté d'uriner depuis trois ans environ.

Exploration. Toutes les bougies à boule jusqu'au n° 10 sont arrêtées à la racine de la verge. Le n° 10 franchit ce premier obstacle, mais s'arrête au milieu de la portion scrotale. Une bougie n° 4 peut seule franchir tous les rétrécissements et parvenir jusque dans la vessie. On tente la dilatation.

Jusqu'au 11 août, on n'a pas pu atteindre le n° 10. M. Guyon propose au malade l'uréthrotomie interne. Celle-ci est pratiquée le 14 août.

15 août. Nous retirons le sonde à demeure. Le malade a abondamment uriné, mais accuse un peu de fièvre.

T. ax., 39°4; soir, 39. Thé au rhum, sulfate de quinine.

16. Le malade est mieux ce matin. T. ax., 38°4.

28. M. Guyon sonde le malade pour la première fois. Bougies n°s 15 et 16.

31. Bougies n°s 16 et 17.

2 septembre. Bougies n°s 17 et 18.

7. Le malade sort, passant un n° 20.

Octobre 1875. La guérison du malade est persistante.

Observation XI

Thèse du Dr Martinet

Rétrécissement de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Tentatives de dilatation. Uréthrotomie interne.

R..., âgé de trentre-deux ans, entré, le 29 novembre 1874, salle St-Vincent, n° 6.

Ce malade urine depuis longtemps avec difficulté; hier soir, à la suite d'un excès de boisson, il a été pris de rétention d'urine.

Il se présente à Necker, où nous réussissons à lui passer une bougie

filiforme, que nous fixons à demeure. Le malade pisse abondamment le long de la sonde et vide sa vessie, qui remontait bien au-dessus de l'ombilic.

30. L'explorateur 21 est arrêté dans la fosse naviculaire ; tous les autres viennent successivement s'arrêter en avant du bulbe. On ne peut introduire aucune bougie dans la vessie.

1er décembre. On introduit une bougie n° 5.

12. Malgré le séjour de la sonde dans le canal, on n'a pu obtenir de dilatation. Aussi M. Guyon pratique-t-il l'uréthrotomie interne (lame 23) ; une sonde n° 16 est fixée à demeure.

13. Pas de fièvre. Nous enlevons la sonde ce soir; point de fièvre.

14. Le matin, au moment de la visite, le malade a un grand frisson. T. ax., 40°. Thé au rhum, sulfate de quinine. Le malade transpire abondamment, mais conserve une température élevée.

15. Le malade est bien aujourd'hui. T. ax., 37°2.

16. Le malade urine à gros jet, sans aucune douleur; pas de fièvre.

17. Le matin, le malade s'est levé, malgré la défense qui lui en avait été faite. Il est pris d'un grand frisson presque immédiatement. Le soir, la température est de 40°6 ; la fièvre ne tarde pas à tomber, et le lendemain au matin, le thermomètre ne marque plus que 37°.

25. M. Guyon passe les bougies 15 et 16.

27. Bougies 16 et 17.

28. Nos 17 et 18.

30. 18 et 19.

Observation XII

Thèse du Dr Martinet

Rétrécissement de l'urèthre. — Tentatives de dilatation. — Dilatation limitée. — Accès de fièvre. — Uréthrotomie interne. — Guérison constatée trois ans plus tard.

L..., âgé de trente-quatre ans, entré, le 10 octobre 1871, salle St-Vincent, n° 7.

Cet homme a eu une blennorrhagie qui, pendant très longtemps, a persisté à l'état de goutte militaire ; il a de la fièvre et des douleurs lombaires quand il se fatigue ; la pression de la région rénale ne détermine cependant aucune douleur.

La bougie à boule n° 19 s'arrête dans la fosse naviculaire. Il en est de même du n° 16 ; l'explorateur 12 franchit ce premier obstacle, mais s'arrête sur le milieu de la région pénienne, immédiatement en avant d'une forte virole saillante, sur tous les points accessibles du canal.

Le n° 10 est également arrêté.

Une bougie n° 7 franchit ce dernier obstacle et parvient jusque dans la vessie.

Le malade dit avoir été uréthrotomisé il y a un an, par M. Maisonneuve. Sorti de l'hôpital quelques jours après cette opération, il ne s'est jamais sondé.

16 octobre. Bougie n° 9.

17. Même numéro.

20. Frisson et fièvre, sueur abondante. On ne touche pas au canal.

21. On essaye de faire la divulsion, mais on ne peut déterminer la rupture. M. Guyon pratique alors l'uréthrotomie interne. Le rétrécissement est d'une dureté excessive ; l'instrument ne l'entame qu'avec difficulté, et on ne peut mettre à demeure qu'une sonde n° 12. Le malade n'a pas de fièvre et conserve la sonde jusqu'au 25 octobre au matin. Le 18 novembre, M. Guyon fait, avec l'uréthrotome Civiale, une section complémentaire sur la paroi inférieure et introduit dans le canal une sonde n° 18, qu'on retire le lendemain.

28. On commence le cathétérisme consécutif à partir du n° 34 de la série Béniqué ; on atteint rapidement le n° 42.

Le malade demande son exeat et emporte une sonde n° 18, avec laquelle il se sondera.

29 octobre 1874. Aujourd'hui, trois ans après sa sortie de l'hôpital, nous revoyons le malade; il nous apprend que sa guérison a été durable, mais qu'il a eu soin de se sonder tous les quinze jours. Il y a deux mois seulement, la sonde étant détériorée, il a cessé de se sonder. Malgré cette interruption, nous lui passons facilement une sonde n° 18.

Observation XIII

Thèse du Dr MARTINET

Rétrécissement de l'urèthre. — Dilatation infructueuse. — Fièvre. — Uréthrotomie interne.

B..., âgé de quarante-sept ans, entré, le 7 juillet 1874, salle St-Vincent, n° 19.

Ce malade a eu une seule chaudepisse, il y a vingt ans environ. Depuis douze ans, la miction est devenue difficile, et à une époque que le malade ne peut préciser exactement, il a été traité par la dilatation.

L'explorateur 17 s'arrête dans la fosse naviculaire ; le n° 15 franchit ce premier obstacle, mais après plusieurs ressauts dans la région pénienne, il s'arrête à la racine de la verge.

Les n°s 1 et 8 s'y trouvent aussi arrêtés. Une bougie n° 4 ne pénètre que difficilement jusque dans la vessie.

27 juillet. Pendant les vingt jours qui viennent de s'écouler, on n'a rien pu obtenir ; le malade a eu plusieurs accès de fièvre. Il en a encore un aujourd'hui à la suite du cathétérisme.

29. M. Guyon pratique l'uréthrotomie (lame 12, sonde 16 à demeure). T. ax. soir, 36°8.

30. Nous retirons la sonde. T. ax., 37°3 ; soir, 38°2.

31. Le malade est bien. T. ax., 37°8.

11 août. On passe les bougies 15 et 16.

16. Mêmes numéros; le canal est dur.

18. On se sert des cathéters Béniqué n°s 31 à 33.

20. 33 à 35.

27. 35 à 37.

Jusqu'au 15 juillet 1875, nous avons pu suivre le malade ; il s'est sondé assez régulièrement avec une bougie n° 15. Depuis plusieurs mois, se portant bien, dit-il, il y a renoncé. Aussi le canal commence-t-il à se rétrécir.

Observation XIV

Rétrécissement pénien. — Dilatation limitée. — Uréthrotomie interne

B..., âgé de quarante ans, entré, salle Saint-Vincent, n° 6, le 7 juin 1874.

Le malade a eu des chaudepisses et éprouve de la difficulté pour uriner depuis cinq ou six ans. Il est resté longtemps en Afrique comme soldat et y a été atteint de fièvres intermittentes graves. Il n'a pas eu d'accès depuis son retour en France.

Exploration du canal. L'explorateur n° 20 se trouve arrêté vers le milieu de la région pénienne ; le n° 15 est arrêté au même point ; n° 12 parvient jusqu'à la racine de la verge, mais ne peut avancer plus loin.

La muqueuse est friable et saigne au seul contact des explorateurs. Deux viroles très dures se trouvent au niveau des points rétrécis. Une bougie n° 5 peut seule pénétrer.

15 juin. Jusqu'à aujourd'hui, on n'a pu gagner qu'un numéro par dilatation.

20. En raison du siège et de la dureté des rétrécissements, M. Guyon pratique l'uréthrotomie interne (lame 23, sonde n° 16). Le soir, le malade n'a pas la moindre fièvre.

21. Nous retirons la sonde. Pas de fièvre; le soir, au moment de la visite, le malade vient d'avoir un frisson. T. ax., 40°. Thé au rhum, sulfate de quinine.

22. Matin, T. ax., 40°5. Sueurs abondantes.

23. T. ax., 38°. Nouveau frisson à trois heures ; à six heures du soir, le thermomètre marque dans l'aisselle 41°.

Sous l'influence de l'impulsion fébrile, il se fait une légère hémorrhagie uréthrale, qui s'arrête immédiatement par l'application de compresses d'eau fraîche sur la verge. Thé au rhum, sulfate de quinine 1 gramme.

24. T. ax., 38°. Le malade ne souffre pas en urinant. T. ax. soir, 38°2.

25. Ce matin la fièvre est tout à fait tombée. T. ax., 37°.

4 juillet. Sonde n° 16.

8. Bougies 16, 17 et 18.

12. Bougies 20, 21.

Le malade quitte l'hôpital.

Observation XV

Calculs dans la vessie et dans l'urèthre, très rétréci. — Taille et uréthrotomie interne. — Coliques néphrétiques, suivies de calculs uréthraux. — Broiement. — Guérison.

Auguste Béj..., âgé de 28 ans, demeurant à Murviel-les-Béziers, de tempérament sanguin, fortement constitué, consulte le Dr Tédenat au mois de novembre 1882. Tous les antécédents pathologiques de ce malade ont eu pour siège l'urèthre et la vessie. A l'âge de 17 ans, blennorrhagie qui, traitée avec le plus grand soin par le professeur Ripoll (de Toulouse), dura six mois et ne s'accompagna pas de goutte militaire. A 20 ans, deuxième blennorrhagie, qui dura treize mois et s'accompagna de cystite du col et d'épididymite gauche. Trois ans plus tard, M. Ripoll constata un rétrécissement peu étroit de la région spongieuse ; de nombreux cathétérismes furent pratiqués, mais ne donnèrent qu'une dilation insignifiante ; la blennorrhée chronique, sous forme de goutte matinale incolore, qui avait amené M. Ripoll à songer à l'existence d'une angustie uréthale, persista. Le malade ne s'occupa plus de son canal et continua à vivre largement, sans pourtant se livrer à de véritables excès de boisson.

A l'âge de 26 ans, la miction devint plus gênée ; le jet était mince, des efforts étaient nécessaires pour vider la vessie. A partir de cette époque, survinrent quelques accès de coliques néphrétiques, et de petits graviers uratiques furent rendus au prix de grands efforts et

de violentes douleurs, arrêtés qu'ils étaient par le retrécissement. De temps en temps, l'urine, habituellement claire, laissait déposer des mucosités au fond du vase. Depuis un an et demi, le malade éprouve au périnée une sensation habituelle de pesanteur; quelquefois des douleurs s'irradient vers le gland. La miction est souvent tout d'un coup interrompue, et, en introduisant une petite sonde, le malade a maintes fois constaté la présence de calculs immédiatement en arrière du rétrécissement, vers la partie moyenne de la verge. Il ne se passe pas de jour qu'il ne rende, après de vives douleurs et de grands efforts, du sable phosphatique avec quelques grains d'urates.

La grande fréquence des mictions, les douleurs, ont décidé le malade à consulter plusieurs médecins. Tous ont constaté la présence de calculs en arrière du rétrécissement, qui a résisté à tous les modes de dilatation, voire même à l'uréthrotome de Maisonneuve, dont la lame ne *mordait* pas, tandis que la tige fléchissait.

Le 8 novembre 1882, M. Tédenat, assisté des Drs Médard, Balestrié et de M. Pech, aide d'anatomie à la Faculté de Montpellier, pratique un examen complet. La verge est très développée, le prépuce long, le méat étroit, bien qu'il ait été sectionné pendant une tentative d'uréthrotomie interne. Par le palper, on sent un épaississement notable de la paroi uréthrale, commençant à 2 centim. en arrière du méat et se prolongeant jusqu'à la partie moyenne de la verge. Quand on comprime le canal à la racine du pénis, le malade souffre, disant : « Vous pressez les calculs. » Par le toucher rectal, on constate une tuméfaction légère de la prostate et on éprouve la sensation de corps étrangers dans la région bulbeuse.

La bougie à boule n° 9 est arrêtée à 2 centimètres du méat ; le n° 7 passe à frottement et, après un trajet de 4 centim., est arrêté par des calculs. Une bougie métallique de même calibre passe au-dessus des calculs et arrive jusque dans la vessie, où existent manifestement plusieurs pierres. Il y en a aussi dans la région prostatique.

Tous les essais de dilatation ayant été infructueux, M. Tédenat propose au malade l'uréthrotomie interne, suivie de lithotritie quelques jours après.

11 novembre. Le malade a gardé le repos depuis le 8, a pris un bain chaque jour, a été purgé hier et a pris un lavement ce matin. L'urine est acide et à peu près claire.

Le conducteur de Maisonneuve est introduit, mais la lame s'arrête

à 2 centim. du méat ; le rétrécissement ne se laisse par entamer ; la tige plie, malgré toutes les précautions prises. S'inspirant de cas analogues publiés par Holt, Kayes et Van Buren, M. Tédenat se décide à pratiquer l'*over-distension* au moyen du dilatateur de sir Henry Tompson. Le ressort de l'instrument se casse. Le malade, non endormi, supporte toutes ces manœuvres sans se plaindre, disant que la douleur est insignifiante ; pas la moindre trace de sang.

Auguste B... se décide à attendre un ou deux mois, pendant lesquels il passera tous les jours des bougies, afin d'élargir et ramollir le rétrécissement. Il prendra quatre bains par semaine et boira tous les jours un litre de limonade chlorhydrique à 5[1000, afin de diminuer la formation des dépôts phosphatiques dans la vessie et l'urèthre.

13 janvier 1883. Les prescriptions ont été suivies ; le malade a eu deux petits accès de coliques néphrétiques ; le rétrécissement n'a pas subi la moindre dilatation ; de nombreux petits graviers phosphatiques ont été rendus, mais avec de grandes difficultés.

16. Après trois jours de repos, un purgatif le 16, un lavement le 17 au matin ; l'*opération* est pratiquée à midi par M. Tédenat, assisté de MM. Gerbaud, chef de clinique, Molinier, Médard, Pech, Lachapelle.

L'opérateur avait d'abord pensé à faire l'uréthrotomie interne et au bout de quelques jours la litholapaxie ; mais il craignit que des graviers, s'insinuant dans l'incision uréthrale, n'amenassent diverses complications (hémorrhagies, inflammation, résorption urineuse...). Il se décida donc à pratiquer en premier lieu la taille, puis immédiatement après l'uréthrotomie interne. De cette manière, cette dernière opération n'offrait aucune gravité, l'urine s'écoulant par la plaie périnéale et ne se mettant pas en contact avec l'incision faite au niveau du rétrécissement. Les dangers de l'opération étaient ainsi réduits à ceux d'une taille pratiquée chez un sujet encore jeune et dont la vessie se trouve dans un état à peu près satisfaisant.

Le chloroforme est administré par le Dr Gerbaud ; le malade en respire 200 gram., et pendant trois quarts d'heure conserve le plus grand calme et son entière intelligence, puis s'endort peu à peu sans la moindre excitation. Le sommeil reste calme et profond pendant toute la durée de l'opération.

Introduction d'un cathéter n° 9 cannelé sur la convexité ; il pénètre à frottement dur à travers le rétrécissement et passe au-dessus de

nombreux graviers logés dans le cul-de-sac du bulbe et la région prostatique. Le bistouri qui incise l'urèthre trouve sur son chemin quelques grains phosphatiques. Taille latéralisée ; le doigt, introduit dans la plaie, explore facilement la plus grande partie de la cavité vésicale, grâce au peu d'épaisseur du périnée. Il y trouve trois calculs ayant chacun le volume d'une noix de moyenne grosseur ; la paroi vésicale est régulièrement tapissée dans sa moitié inférieure par une couche phosphatique qui paraît assez épaisse. Les calculs se réduisent en poussière dès qu'ils sont saisis par les tenettes ; il faut employer la curette, qui est introduite une vingtaine de fois et revient toujours pleine. Le *décroûtage* de la vessie est fait d'une manière complète, et après d'abondants lavages avec une solution d'acide borique à 5 0/0, l'opérateur ne sent plus aucun corps étranger ni avec une sonde ni avec le doigt. Hémorrhagie insignifiante, pour ne pas dire nulle, après le déblaiement par la plaie uréthrale de la boue qui garnit le cul-de-sac du bulbe ; l'*uréthrotomie interne* est pratiquée.

Le chirurgien introduit le petit uréthrotome de Civiale non sans efforts, le pousse jusqu'à l'incision périnéale et, le retirant, coupe tous les points rétrécis (deux, un peu en avant du cul-de-sac du bulbe). Arrivée à la partie moyenne de la verge, la lame entame difficilement le tissu du rétrécissement ; l'opérateur est obligé de tirer avec une grande force. Il ne s'écoule pas trois gouttes de sang ; le gros uréthrotome de Civiale est alors introduit et, non sans une grande traction, sert à approfondir la première incision. Une sonde en gomme n° 18 percée aux deux extrémités est placée à demeure.

Le malade se réveille calme et est mis dans la position ordinaire, avec une grosse éponge imbibée de solution phéniquée sur le périnée.

Infusions chaudes et potion :

Infusion de thé.....	200 gram.
Elixir de Garus.....	40 —
Teinture de canelle.....	4 —
Laudanum.....	2 —
Sirop.....	40 —

17. Le malade a bien dormi et a moins souffert pendant la der-

nière nuit que pendant celles qui ont précédé l'opération. Pas d'accès de fièvre,pas de frisson. La peau est moite, la plaie a bon aspect ; la presque totalité de l'urine coule par la sonde. Pas d'hémorrhagie. Injections de solution borique dans la vessie ; lavage de la plaie avec la même solution. T. 37°7 ; 38°. P. 90 ; 92. Lait, bouillon, un peu de vin ; la potion est continuée et il est prescrit une solution de 2 gram. de benzoate de soude.

La journée s'est bien passée ; le malade a rendu environ 1,200 gram. d'urine claire et à peu près sans dépôt. Pas de douleur, ni dans la vessie, ni dans le canal, ni dans la plaie. Lavage de la vessie avec la solution d'acide borique.

18. Nuit bonne ; pas de douleur ; plaie toujours en bon état. L'injection borique dans la vessie détermine toujours quelques légers picotements. Onctions sur la plaie avec la pommade suivante :

Iodoforme.....	6 gram.
Baume du Pérou.....	4 —
Vaseline	30 —

L'urine de la journée est claire ; elle est en plus grande quantité sortie par la plaie, La sonde à demeure, s'étant bouchée, est enlevée et non replacée. Plaie toujours en bon état. Même traitement local et général. T. 37°6 ; 37°9. P. 86 ; 92.

19. Bon sommeil la nuit. La plus grande partie de l'urine, toujours claire, est sortie par la plaie périnéale. Légère douleur vers la racine de la verge. Même traitement. T. matin, 37°4 ; T. soir, 37°7. P. matin, 92 ; P. soir, 96.

Dans la journée, qui a été très bonne, toute l'urine est sortie par la plaie.

20. Nuit un peu agitée, sans douleur. Une sonde est passée et sert à laver la vessie avec la solution d'acide borique. Même traitement.

L'urine sort en totalité par la plaie, mais seulement toutes les trois ou quatre heures, quand se fait sentir le besoin d'uriner. A son passage, elle détermine sur les bords de la plaie une sensation de brûlure assez vive. Même traitement. T. matin, 37°4 ; T. soir, 38°6. P. matin, 96 ; P. soir, 100.

21. Nuit moins bonne que les précédentes. Le malade a ressenti des douleurs partant de la racine de la verge et s'irradiant vers Il

cuisse ; il les compare à des crampes. Il urine toutes les trois ou quatre heures par la plaie, quelques gouttes seulement sortent par le méat ; l'urine contient de nombreux filaments muqueux. Une sonde métallique est introduite dans la vessie, qui est lavée avec la solution d'acide borique. L'injection détermine des picotements douloureux, Bouillon, œuf à la coque. Même traitement. T. matin, 38°2 ; T. soir, 38°9. P. matin, 104 ; P. soir, 106.

Les douleurs accusées ce matin n'on pas été ressenties dans la journée. Un peu d'urine sort toujours par le méat. Le malade n'étant pas allé à la selle depuis l'opération, il est prescrit 30 gram. d'huile de ricin.

21. Le purgatif, pris à 5 h. du matin, n'a produit aucun effet à 9 h. Le malade est oppressé, a mal dormi la nuit, a eu de la céphalalgie, des rêvasseries ; soif vive, sueurs abondantes. L'urine de la nuit renferme plus de mucosités que celle de la veille. Pas de douleur ni dans la vessie ni dans la plaie, qui a conservé son bon aspect.

L'huile de ricin n'ayant rien produit, il est donné, à 2 h. de l'après-midi, un lavement d'eau salée qui amène trois selles abondantes. En même temps, le malade éprouve un violent besoin d'uriner, et en faisant effort, il expulse par la plaie 100 gram. environ de caillots sanguins de couleur rouge sombre. Quelques minutes avant, il avait eu un court et léger frissonnement et ressenti un peu de froid aux pieds. Les caillots ne sont pas accompagnés de sang liquide, à part quelques gouttes qui coulent par le méat. Pas de douleur dans la plaie ; quelques picotements vers la racine de la verge. Pansement à l'acide borique. Glace sur le périnée, à la racine de la verge, à l'hypogastre ; limonade sulfurique ; potion de 150 gram. avec 3 gram. d'ergotine. T. matin, 37°7 ; T. soir, 39°4. P. matin, 112 ; P. soir, 120.

23. Malgré l'application continue de la glace, il s'est produit, pendant la nuit, et chaque fois pendant les efforts de miction, cinq hémorrhagies de moins en moins abondantes ; la perte de sang n'a complètement cessé qu'à minuit ; elle a été de 500 à 600. gram. La plaie est bien lavée avec une solution froide d'acide borique ; la potion suivante est prescrite :

Elixir de Garus.....	80	gram.
Extrait de ratanhia.....	3	—
Sirop	30	—
Eau de tilleul.....	250	—

Potion à prendre par cuillerées, alternant avec la potion d'ergotine ; bouillon et lait froid. Glace continuée.

L'après-midi se passe bien. Pas d'hémorrhagie nouvelle, urines faiblement rougies. Pas de douleur dans la plaie, crampe à la racine de la verge. Glace maintenue. Mêmes prescriptions. T. matin, 37°6 ; T. soir, 38°7. P. matin, 112 ; P. soir, 120.

24. Nuit bonne. Pas d'hémorrhagie. Urine à peine colorée. Pas de douleur.

Dans l'après-midi, l'urine n'est plus colorée, mais a une odeur forte, désagréable, non ammoniacale. Plaie rosée, non douloureuse. T. matin, 38°4 ; T. soir, 39°6. P. matin, 116 ; P. soir, 120.

25. L'urine, plus claire, moins adorante, sort uniquement par la plaie périnéale. Glace supprimée. Lavage avec la solution borique froide. Bouillon froid, viande grillée, vin.

La plaie a bon aspect et s'est sensiblement rétrécie. Même traitement et, de plus, trois capsules d'essence de térébenthine. T. matin, 38°4 ; T. soir, 38°9. P. matin, 100 ; P. soir, 108.

26. Quelques douleurs épigastriques. Même traitement. T. matin, 37°4 ; T. soir, 37°7. P. matin, 100 ; soir, 108.

27. La douleur épigastrique a disparu. Dans la nuit, selle naturelle. Urines claires. Plaie en bonne voie de cicatrisation. Potion d'ergotine finie et non renouvelée. Même traitement.

28. Toute la nuit, douleurs et tiraillements dans la fosse iliaque gauche qui ont empêché tout sommeil ; l'examen ne révèle rien d'anormal. Application d'un large cataplasme. L'urine est claire.

L'après-midi, les douleurs disparaissent. Introduction dans la vessie d'une sonde métallique n° 12 ; le rétrécissement antérieur s'est fortement resserré. Lavage de la vessie avec la solution d'acide borique. Même traitement. T. matin, 37°5 ; T. soir, 38°1. P. soir, 108.

29. Aucune douleur. Bon sommeil la nuit. L'urine, claire, est évacuée volontairement toutes les trois ou quatre heures par la plaie, qui est en bon état. La potion à l'extrait de ratanhia est supprimée. T. matin, 37°6 ; T. soir, 38°8. P. matin, 96 ; P. soir, 104.

30. Introduction de la sonde métallique n° 12, qui passe difficilement à travers le rétrécissement antérieur ; lavage de la vessie avec la solution borique. Urine claire. État général bon. T. matin, 37°5 ; T. soir, 37°9. P. matin, 96 ; P. soir, 100.

31. Nuit bonne. Lait, bouillon, côtelette, bien digérés. S'est levé

l'après-midi, mais a dû se recoucher au bout de demi-heure, à cause de vertiges et fatigue. Essence de térébenthine continuée ; limonade chlorhydrique.

1er février. Six selles diarrhéiques la nuit. Introduction de la sonde n° 12. Quelques gouttes d'urine sortent par le méat ; rétrécissement de la plaie. Quelques cuillerées de la potion à l'extrait de ratanhia ; lait, bouillon, bordeaux, viande grillée. T. matin, 37°2 ; T. soir, 37°6. P. matin, 92 ; P. soir, 96.

2. Nuit bonne. Urine claire, rendue presque entièrement par la plaie. Le malade s'est levé dans la matinée pendant une demi-heure. Dans l'après-midi, accès franc de coliques néphrétiques.

3. Le rétrécissement antérieur ne se dilate pas; la sonde n° 12 passe très difficilement. Etat général Bon.

4. Uréthrotomie avec le numéro moyen de l'uréthrotome de Civiale ; le rétrécissement, dur, résiste à la lame ; pas une goutte de sang. Sonde en gomme percée aux deux bouts n° 19 laissée à demeure. Infusions chaudes et rhum. T. matin, 37°1 ; T. soir, 37°4.

5. Nuit bonne. La plus grande partie de l'urine a coulé par la sonde à demeure. Pas de malaise, pas de frisson. Une sonde métallique de Gély, n° 22, est passée et laissée dix minutes. Lavage de la vessie avec la solution borique, qui ressort claire. Dans la journée, une bonne partie de l'urine sort par la verge. Mêmes prescriptions. T. matin, 37°6 ; T. soir, 38°1.

6 et 7. Bon sommeil, pas de douleur, bon appétit. La plus grande partie de l'urine sort par la verge. La sonde n° 22 passe facilement. La plaie périnéale est presque entièrement cicatrisée.

8. Cette nuit, violente colique néphrétique. Le malade, en urinant debout, ce matin, ce qu'il n'avait pas encore fait depuis l'opération, voit tout d'un coup le jet d'urine s'arrêter et a la sensation d'un calcul qui s'engage dans l'urèthre. La sonde métallique arrive sur un calcul arrêté dans le tiers postérieur de la région pénienne. M. Tédenat peut le saisir dans le cul-de-sac du bulbe avec le brise-pierre uréthral de Reliquet et le broyer. Cette pierre est dure et se compose d'urates, sans aucun mélange de matières phosphatiques.

Cette opération se fait presque sans douleur et sans hémorrhagie. La sonde n° 22 est introduite ; la vessie est lavée avec la solution d'acide borique. Le soir, la température est de 37°2 ; le malade urine librement par la verge.

9. Nuit bonne, sans fièvre ni malaise. Le malade reste levé presque toute la journée et se promène dans sa chambre. La plaie uréthrale, presque cicatrisée, laisse à peine suinter quelques gouttes d'urine à chaque miction. Le n° 23 métallique passe facilement. Lavage de la vessie.

10. Colique néphrétique cette nuit. Dans la matinée, urinant debout, le malade a la sensation d'un calcul arrêté dans le canal. Le brise-pierre uréthral de Reliquet permet de le faire éclater dans le cul-de-sac du bulbe ; dans la soirée, M. Tédenat est obligé de broyer les débris avec le lithotriteur uréthral de Civiale. C'est encore un calcul uratique, dont le volume devait être celui d'un pois-chiche environ. Pas de douleur appréciable ; pas d'hémorrhagie. T. soir, 37°8.

12. Le malade va très bien, se promène dans sa chambre. Une exploration minutieuse de la vessie avec la sonde de Thompson permet de croire qu'il n'y a plus aucun corps étranger. Le n° 23 passe bien ; l'urine, claire, est évacuée de cinq à sept fois dans les vingt-quatre heures et sort en entier par le méat ; l'incision périnéale est cicatrisée.

13. Le malade quitte Montpellier. M. Tédenat lui recommande de passer tous les deux jours, jusqu'à nouvel ordre, une bougie n° 23 pour tenir le canal dilaté, de boire de l'eau de Vichy, une bouteille par jour, et d'absorber de grandes quantités de boissons aqueuses, afin d'éviter la formation de calculs uratiques.

A la fin de mai 1883, nous apprenons qu'aucun trouble n'est survenu du côté de l'appareil urinaire ; la bougie n° 23 est facilement introduite tous les quatre ou cinq jours. La santé générale est parfaite.

Nous aurions pu citer d'autres observations prises dans la thèse de Martinet, dans Reliquet, dans Kayes et Van Buren, dans Harrisson ; mais comme elles ne diffèrent pas de celles déjà citées, nous nous en sommes abstenu.

Vu :
Le Président-Censeur,
DUBRUEIL.

Vu bon à imprimer.
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !